

## A comparison of the effect of two different local cooling methods on knee joint position sense

Ghasemi MH<sup>1</sup>, \*Anbarian M<sup>2</sup>, Sedighi AR<sup>3</sup>

1- PhD candidate of Sport Biomechanics, Faculty of Sports Sciences, Bu Ali Sina University, Hamedan, Iran.

2- Associate Professor in Sport Biomechanics, Faculty of Sports Sciences, Bu Ali Sina University, Hamedan, Iran

(Corresponding Author)

Email: anbarian@basu.ac.ir

3- MSc. of Sport Biomechanics, Faculty of Sports Sciences, Bu Ali Sina University, Hamedan, Iran.

### Abstract

**Introduction:** Local cooling as an effective, simple and immediate method is often frequently used to treat minor acute musculoskeletal injuries and pain relief. Although existing some controversy, numerous studies suggest that cooling methods cause a decrease in joint position sense, which may lead to a higher risk of injury. The aim of present study was to compare the immediate and long-time effect of two different types of local cooling on knee joint position sense.

**Method:** This study was quasi experimental and interventional research. 15 able-bodied males ranged between 23-26 years old were selected by accessible sampling method. The knee joint position sense was measured by an electrogoniometer immediately and after 20 minutes of cooling by crushed ice bag and cold spray through 30 degrees' flexion reconstruction. Data was analyzed employing ANOVA with repeated measures using SPSS v23 software.

**Results:** The absolute error of 30° knee flexion angle reconstruction, immediately after types of cooling was significantly higher than before cooling protocol ( $P=0.001$ ). The absolute error of reconstruction in both spray and longtime ice-bag application were significantly higher than before cooling protocol ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** Results of this study demonstrate the negative effects of two different local cooling methods on knee joint position sense. It seems that the loss of Knee proprioception can lead to mechanical instability and ultimately increase risk of joint damage.

**Keywords:** Proprioception, Knee joint, Joint position sense, Ice-application, Cryotherapy.

Received: 3 November 2015

Accepted: 28 January 2016

## مقایسه اثر دو روش سرمادهی موضعی بر حس وضعیت مفصل زانو

محمدحسین قاسمی<sup>۱</sup>، \* مهرداد عنبریان<sup>۲</sup>، امیررضا صدیقی<sup>۳</sup>

- ۱- دانشجوی دکتری بیومکانیک ورزشی، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.
- ۲- دانشیار بیومکانیک ورزشی، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران (نویسنده مسئول)  
پست الکترونیکی: anbarian@basu.ac.ir
- ۳- کارشناسی ارشد، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، دوره ۲ شماره ۳ بهار ۱۳۹۵، ۹-۱۷

### چکیده

**مقدمه:** سرمادهی موضعی اغلب به‌عنوان یک مداخله فوری، ساده و مؤثر برای کاهش درد بسیاری از آسیب‌های حاد ورزشی استفاده می‌شود. باوجود برخی از چالش‌ها، تعدادی از مطالعات کاهش آگاهی حس وضعیت مفصل در اثر سرمادهی را بیان می‌کنند که می‌تواند خطر بروز آسیب را افزایش دهد. هدف این مطالعه، مقایسه اثر فوری و بلندمدت دو روش سرمادهی موضعی بر حس موقعیت مفصل زانو بوده است. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است. تعداد ۱۵ فرد سالم با دامنه سنی ۲۶-۲۳ سال به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین دانشجویان مرد دانشگاه بوعلی سینای همدان در سال ۱۳۹۴ انتخاب و در یک گروه قرار گرفتند. اثر فوری و بلندمدت (بلافاصله و پس از ۲۰ دقیقه) سرمادهی با کیسه یخ و اسپری سردکننده بر حس موقعیت مفصل زانو با استفاده از گونیامتر الکتریکی از طریق بازسازی زاویه ۳۰ درجه فلکشن اندازه‌گیری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۳ نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد.

**یافته‌ها:** مقدار خطای بازسازی زاویه ۳۰ درجه فلکشن زانو بلافاصله پس از اتمام سرمادهی در انواع روش‌های سرمادهی به طور معنی‌داری بیش‌تر از حالت قبل سرمادهی بود ( $P < 0.001$ ). همچنین خطای بازسازی زاویه هدف پس از گذشت ۲۰ دقیقه از اتمام سرمادهی در روش‌های سرد کردن با اسپری و ده دقیقه سرمادهی با کیسه یخ به طور معنی‌داری بیش‌تر از حالت قبل سرمادهی بود ( $p < 0.05$ ). **نتیجه‌گیری:** نتایج این تحقیق، بیانگر اثرات منفی فوری و بلندمدت سرمادهی بر میزان درک موقعیت مفصل زانو است. کاهش حس عمقی می‌تواند منجر به بروز کاهش ثبات مکانیکی و در نتیجه افزایش احتمال آسیب مفصل شود. **کلیدواژه‌ها:** حس عمقی، مفصل زانو، حس وضعیت مفصل، سرما درمانی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۱۲

## مقدمه

سرمادهی (Cooling) اغلب به عنوان یک مداخله فوری، مؤثر، ارزان و ساده برای کاهش درد بسیاری از آسیب‌های حاد ورزشی استفاده می‌شود (۱). کاهش ادم، التهاب، جریان خون، سوخت‌وساز، درجه حرارت عضلانی، هایپرتونیسیته (Hypertonicity) و سرعت هدایت عصبی از دیگر اثرات شناخته شده سرما می‌باشند (۲). در بسیاری از رشته‌های ورزشی، صدمات حاد بیش‌ترین شیوع را داشته (۸۹/۶ درصد) و درصد باقی‌مانده به آسیب‌هایی با شروع تدریجی و ناشناخته اختصاص دارد (۳). این در حالی است که حین بروز صدمات حاد در ورزش، ورزشکاران مصدوم اغلب پس از سرمادهی موضعی (با هدف کاهش درد) به رقابت بازمی‌گردند (۱). شواهد بحث برانگیزی این پرسش را تقویت کرده است که سرما چگونه بر عملکرد حرکتی فرد اثر می‌گذارد؟ نتایج برخی از مطالعات گذشته نشان داده که سرما، فعالیت سیستم عصبی-عضلانی را کاهش می‌دهد. اگرچه ممکن است ورزشکاران بعد از سرمادهی برای بازگشت به رقابت آماده باشند، ولی احتمالاً عملکرد حرکتی آن‌ها مختل می‌شود و ممکن است در معرض آسیب مجدد قرار بگیرند (۱، ۴-۹). بر اساس نتایج این دسته از تحقیقات، سرما یکی از عوامل احتمالی ایجاد اختلال در عملکرد حس عمقی مفصل معرفی شده است (۵، ۶، ۹). حس عمقی شامل هرگونه اطلاعات وضعیتی یا حرکتی است که به وسیله گیرنده‌های حسی موجود در عضله، تاندون، مفصل و حتی پوست به سیستم عصبی مرکزی فرستاده می‌شود و در رفلکس عضلانی، ثبات دینامیک مفصل و برنامه‌ریزی حرکت برای کنترل عصبی-عضلانی نقش دارد (۱۰). هر عاملی که باعث کاهش حس عمقی یا آگاهی از حس وضعیت مفصل شود، می‌تواند عدم ثبات مکانیکی و افزایش استرس وارد بر مفصل را سبب شده و فرد را مستعد آسیب کند (۱۱، ۱۲). از طرفی، سرما سرعت هدایت پیام عصبی (حسی و یا حرکتی) و فعالیت سیناپس اعصاب محیطی را تغییر داده و در نهایت منجر به ناتوانی عصب در هدایت پیام‌های عصبی می‌شود (۴)؛ بنابراین، این‌گونه عوامل می‌توانند ورزشکاری را که بعد از سرمادهی به رقابت بازمی‌گردد در معرض آسیب مجدد قرار دهند. در همین زمینه، Hopper و همکاران گزارش کردند که ۱۵ دقیقه سرمادهی مفصل مچ پا تأثیر منفی بر حس وضعیت این مفصل دارد (۵). همچنین، نتایج تحقیقات Uchio و همکاران و Surenkok و همکاران حاکی از بروز اختلال در دقت حس وضعیت مفصل زانو بعد از سرمادهی با پدهای خنک‌کننده و کیسه‌های سرما بوده است (۶، ۹). طبق نتایج این مطالعات، سرمادهی قادر است با کاهش

میزان درک حس عمقی، عملکرد حرکتی فرد را مختل کند؛ به عبارت دیگر، تغییر در عملکرد حرکتی و افزایش احتمال آسیب مجدد پس از سرمادهی را می‌توان به کاهش در میزان درک حس عمقی مفصل نسبت داد (۱۳). در این زمینه، Avela و همکاران این فرضیه را که برنامه سیستم عصبی مرکزی با تغییرات در حس عمقی، دهلیزی و ورودی‌های بصری اصلاح می‌شود، ارائه دادند. آن‌ها همچنین مطرح کردند که کاهش در حس عمقی می‌تواند منجر به اصلاح برنامه سیستم عصبی مرکزی و تغییر در الگوی حرکت شود (۱۳).

در مقابل آنچه توضیح داده شد، مطالعاتی وجود دارند که تأثیرات قابل توجهی که حاکی از افزایش خطر آسیب و یا کاهش میزان درک حس عمقی متعاقب سرمادهی موضعی باشد، گزارش نکرده اند (۱۲، ۱۳-۱۸). نتایج این گروه از مطالعات، به‌طور عمده بر اساس ارزیابی تأثیر روش‌های مختلف سرمادهی نظیر غوطه‌وری در یخ (۱۴) و استفاده از اسپری سردکننده روی مچ پا (۱۲) و نیز سرمادهی مفصل زانو (۱۵) مطرح شده اند. برای نمونه، LaRiviere گزارش کرد که سرمادهی مچ پا با استفاده از یخ بر حس وضعیت این مفصل تأثیری ندارد (۱۴). Costello نیز تفاوت معنی داری را در حس وضعیت مفصل زانو قبل و بعد از سرمادهی مشاهده نکرد (۱۵). همچنین، بیرانوند و همکاران نیز کاهش قابل توجه در عملکرد حس عمقی مفصل مچ پا پس از اعمال سرمای موضعی با اسپری به صورت کوتاه‌مدت مشاهده نکردند. آن‌ها بیان کردند که استفاده از اسپری سردکننده تنها بر گیرنده‌های پوستی تأثیر فوری داشته و دوک‌های عضلانی و گیرنده‌های مفصلی (گیرنده‌های عمقی‌تر) که نقش اصلی در حس وضعیت مفصل را دارند، تحت تأثیر قرار نمی‌دهد (۱۲).

در مروری بر مطالعات از یک سو وجود تناقضات اشاره شده در مورد تأثیرات سرمادهی بر حس موقعیت مفاصل و از سویی دیگر کاربردی نبودن روش‌های سرمادهی به کار گرفته شده در برخی از مطالعات که در آن از روش‌های سرمادهی نظیر غوطه‌وری اندام در آب استفاده می‌کردند که در شرایط واقعی ورزش و مسابقه قابل اجرا نبود (۱۲) و یا استفاده از سرما برای مدت‌زمان نسبتاً طولانی نظیر ۱۵ دقیقه و یا بیش‌تر که این زمان طولانی در شرایط مسابقه که نیازمند بازگشت سریع ورزشکار مصدوم به میدان رقابت بود امکان پذیر نبود، ضرورت انجام مطالعات بیش‌تر و دقیق‌تر در این خصوص را ایجاب می‌کند. Bleakley و همکاران پس از مروری جامع بر تحقیقات پیشین، بررسی اثرات اعمال سرمادهی موضعی کوتاه‌مدت به منظور تعمیر و کاربردی کردن نتایج آن در

محیط های ورزشی و رقابتی را ضروری دانستند (۱۹).

تعداد معدودی از مطالعات، اثرات سرما نظیر تغییر در میزان رکورد پرش و سرعت دویدن را به طور میدانی بررسی کرده اند (۲۰)؛ این در حالی است که بررسی های آزمایشگاهی ممکن است تغییرات متعاقب سرمادهی را دقیق تر نشان دهد. همان طور که پیشتر اشاره شد، سرمادهی موضعی کوتاه مدت، روشی رایج برای کاهش درد و بازگشت فوری ورزشکار آسیب دیده می باشد. از طرفی هم اهمیت آگاهی از حس عمقی یا آگاهی از وضعیت مفصل در پیش گیری از آسیب ورزشکاران مستند شده است؛ اما با وجود تناقضات موجود، این پرسش که آیا روش های سرمادهی و یا مدت زمان اعمال سرما در کاهش حس وضعیت مفصل مؤثر است یا خیر همچنان باقی است؟ بنابراین، هدف از انجام مطالعه حاضر، مقایسه اثر فوری و بلند مدت دو روش سرمادهی با اسپری سردکننده و استفاده از کیسه یخ در بخش قدامی - داخلی زانو، بر میزان درک حس موقعیت مفصل زانو بوده است.

### روش مطالعه

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است. این تحقیق در خرداد سال ۱۳۹۴ در آزمایشگاه بیومکانیک اندام تحتانی دانشگاه بوعلی سینا انجام یافته است. جامعه آماری مطالعه حاضر را دانشجویان مرد دانشگاه بوعلی سینا تشکیل می دادند که ۱۵ نفر از آنان به صورت در دسترس و بر اساس مطالعات قبلی (۲۰) به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و در یک گروه جای گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل قرار داشتن در محدوده سنی ۲۶-۳۳ سال، نداشتن حساسیت به سرما، عدم وجود مشکلات عصبی - عضلانی، عدم وجود مشکلات قلبی و نبض غیرطبیعی، عدم وجود آسیب یا ضربات جدی در اندام تحتانی، عدم وجود هر نوع سابقه آسیب های ارتوپدی و نداشتن بیماری های مربوط به اعصاب محیطی و سابقه عمل جراحی به خصوص در اندام تحتانی حداقل در یک سال گذشته بود. همچنین آزمودنی ها از مصرف احتمالی هرگونه موادی که عملکرد حرکتی را می توانند تحت تأثیر قرار دهند (مانند الکل، مواد مخدر یا مواد دارای کافئین) در مدت حداقل ۲۴ ساعت قبل از اجرای آزمون ها منع شدند (۱).

علاوه بر این، کلیه آزمودنی ها نبض و احساس طبیعی در پشت پا داشتند. این اطلاعات از طریق پرسشنامه عمومی به صورت شفاهی و معاینه پزشک از آزمودنی ها دریافت شد. همچنین پای برتر آزمودنی ها با استفاده از سه آزمون ضربه به توپ، پرش به بالا و بازیابی تعادل (پایی که حداقل ۲ مورد از ۳ آزمون مورد استفاده قرار

گرفت) مشخص گردید (۲۱، ۲۲) که بدین منظور آزمودنی ها پس از انجام معاینات لازم و شناسایی وارد آزمایشگاهی می شدند که دما و نور اتاق برای همه آن ها در طول آزمون ها ثابت باقی می ماند (۱). در این تحقیق، از کیسه یخ و اسپری سردکننده (اسپری Pic Solution محصول کمپانی Artsana ایتالیا) برای سرمادهی در منطقه قدامی - داخلی مفصل زانوی پای برتر آزمودنی ها استفاده شد. کیسه های یخ و اسپری سردکننده به دلیل هزینه کم و دسترسی بالا به طور گسترده در رقابت های ورزشی (در مدت زمان کوتاه) استفاده می شود. به علاوه، نشان داده شده است که کیسه یخ سریع ترین اثر را بر کاهش دمای بافت نرم، در مقایسه با هرگونه محصول دیگر داشته است (۲۳). برای ارزیابی درک حس موقعیت مفصل زانو از طریق اندازه گیری تغییرات زاویه ای مفصل زانو، از گونیامتر الکتریکی بایومتریکس ساخت کشور انگلستان با دقت ۰/۱ درجه استفاده شد. بدین منظور و قبل از انجام پروتکل سرمادهی (پیش آزمون)، الکتروگونیامتر توسط چسب های مخصوص دو طرفه در قسمت خارجی ران و ساق به موازات خطی طوری نصب شد که تروکانتر بزرگ مفصل ران در بالا، اپی کندیل خارجی ران در وسط و قوزک خارجی را در پایین به هم وصل کند (۲۴، ۲۵). پس از قرار دادن الکتروگونیامتر، فرد در وضعیت ایستاده (اکستنشن کامل مفصل زانو) قرار می گرفت و از وی خواسته می شد تا در شروع آزمون، پای غیر برتر خود را در حدی با زمین تماس دهد که فقط بتواند تعادل خود را به راحتی حفظ نماید (۲۶). همچنین از آزمودنی خواسته می شد تا سر خود را صاف نگه دارد (برای جلوگیری از تحریک سیستم وستیبولار) و تنه را به سمت عقب یا جلو متمایل نکند (برای یکسان بودن گشتاورهای ایجاد شده در مفاصل اندام تحتانی در همه افراد) (۲۶). سپس، در حالی که چشمان آزمودنی بسته بود از وی خواسته می شد تا مفصل زانوی خود را خم کند. وقتی زانو به زاویه ۳۰ درجه فلکشن می رسید، دستور توقف داده می شد و سپس از او خواسته می شد تا آن زاویه را به مدت ۵ ثانیه حفظ و بعد از هفت ثانیه، زاویه را مجدداً به مدت ۵ ثانیه بازسازی کند (این ۵ ثانیه برای تحلیل متغیرهای مربوط مدنظر قرار گرفت) (۲۶). در وضعیت ایستاده، پای برتر هر فرد به طور ثابت در وضعیتی قرار می گرفت که در آن پنجه های پا مختصری به سمت خارج متمایل باشند. همچنین برای کنترل چرخش های ساق و ران و یکسان بودن حرکت برای همه افراد، از هر فرد درخواست می شد تا هنگام خم کردن زانو (با حفظ زاویه پا) سعی کند کشکک را در وضعیت مستقیم رو به جلو نگه دارد (۲۷). نهایتاً، اختلاف زاویه هدف (زاویه ۳۰ درجه فلکشن زانو) و زاویه بازسازی (میانگین زاویه ایجاد شده توسط فرد در ۵ ثانیه) به عنوان خطای مطلق در نظر گرفته

شد. منظور از خطای مطلق، میزان انحراف از زاویه هدف در بازسازی زاویه‌ای حرکت بدون احتساب جهت انحراف (+ یا -) بود (۲۶).

در این مطالعه پژوهشگر پس از اخذ مجوز از دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی دانشگاه بوعلی سینا و ارائه آن به آزمایشگاه بیومکانیک اندام تحتانی دانشگاه بوعلی‌سینا در خصوص اهداف و روش اجرای مطالعه به آزمودنی‌ها توضیحات لازم را ارائه نموده و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه خواهد ماند و در صورت تمایل هر زمان قادر به خروج از مطالعه هستند. سپس فرم رضایت آگاهانه از تمامی آزمودنی‌ها دریافت شد. لازم به ذکر است که در کلیه مراحل تحقیق، اخلاق پژوهش بر اساس بیانیه هلسینکی نیز رعایت گردید.

پس از آزمون درک حس موقعیت مفصل زانو، پروتکل سرمادهی با اسپری سرد کننده و کیسه یخ در دو زمان کوتاه و بلندمدت انجام یافت. روش کار به این شکل بود که ابتدا از آزمودنی‌ها خواسته می‌شد تا در وضعیت خوابیده به پشت دراز بکشند. سپس، کیسه یخ خردشده در منطقه قدامی - داخلی مفصل زانوی پای برتر قرار می‌گرفت؛ بنابراین، با توجه به مشخصات آناتومیکی مفصل زانو، هیچ عصب مهم محیطی به طور مستقیم سرد نمی‌شد (۱). برای هر آزمودنی، کیسه یخ دارای ابعاد مشابه بود و با مقدار یکسانی یخ پر می‌شد. به منظور ایجاد سطح برابری از سرما، از بانداژ فشاری برای ثابت کردن کیسه به زانو استفاده نشد؛ به‌طوری‌که گرانش تنها نیروی

نگه‌دارنده کیسه یخ در محل بود (۱) (شکل ۱). استفاده از کیسه یخ به صورت سرمادهی کوتاه و بلندمدت به این شکل انجام یافت که در روش یخ‌گذاری کوتاه مدت، کیسه یخ برای ۳ دقیقه روی زانوی آزمودنی قرار داده می‌شد و سپس آزمون درک حس موقعیت مفصل زانو بلافاصله پس از برداشتن کیسه یخ از روی زانو (پس‌آزمون اول) و بعد از گذشت ۲۰ دقیقه (پس‌آزمون دوم) انجام گردید.

پس از آن دو ساعت استراحت به آزمودنی داده شد که بعد از آن به مدت ۱۰ دقیقه کیسه یخ روی زانوی آزمودنی‌ها قرار گرفت (روش بلند مدت). آزمون درک حس موقعیت مفصل زانو مانند روش سرمادهی کوتاه مدت در دو مقطع زمانی مورد ارزیابی قرار گرفت. به منظور از بین رفتن اثر سرما و به کار بردن روشهای سرمادهی دیگر، ۲ ساعت به آزمودنی استراحت داده شد (۲۳). در روش سرمادهی با اسپری، فاصله اسپری تا قسمت قدامی داخلی مفصل زانو (۳۰ سانتی‌متر)، زاویه اعمال سرما (۹۰ درجه) و مدت‌زمان سرمادهی ۵ ثانیه در نظر گرفته شد (۱۲) (شکل ۲)؛ مانند روش سرمادهی با کیسه یخ، آزمون درک حس موقعیت مفصل زانو بلافاصله (پس‌آزمون اول) و پس از ۲۰ دقیقه (پس‌آزمون دوم) از به کار بردن اسپری سردکننده اجرا شد. نحوه اعمال مداخله سرما (روش‌های توضیح داده شده بالا در پروتکل سرمادهی) به صورت تصادفی انجام یافت تا از بروز خطای منظم جلوگیری شود.



شکل ۲: نحوه استفاده از اسپری سردکننده.



شکل ۱: روش استفاده از کیسه یخ.

فوری انواع سرمادهی (و مقایسه آن با حالت قبل از سرمادهی) از آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری (ANOVA with repeated measures) استفاده شد. همچنین، از آزمون تعقیبی LSD برای شناسایی جایگاه تفاوتها استفاده شد. در تمامی آزمون‌های آماری، سطح معنی داری  $\alpha < 0.05$  در نظر گرفته شد.

میزان خطای مطلق در حالات مختلف مداخله سرما و مقایسه آن با حالت قبل از پروتکل سرمادهی برای بیان میزان درک حس موقعیت مفصل محاسبه شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. از آزمون شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk) برای بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها استفاده شد. برای تعیین اثرات



## یافته‌ها

نتایج نشان می‌دهد که مقدار خطای بازسازی زاویه هدف (زاویه  $30^\circ$  فلکشن زانو) بلافاصله پس از اتمام سرمادهی (پس‌آزمون اول) در هر ۳ روش سرمادهی به طور معنی‌داری بیش‌تر از حالت قبل از سرمادهی یا پیش‌آزمون بود؛ به عبارتی تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره آزمون درک حس موقعیت مفصل زانو پیش از اجرای پروتکل سرمادهی و با هر یک از روش‌های سرمادهی (اسپری سردکننده، کاربرد سه دقیقه کیسه یخ و ده دقیقه کیسه یخ) معنی‌دار بود ( $p < 0.001$ ) و این در حالی است که بین مقایسه دو به دو سه

روش سرمادهی، اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. میزان خطای بازسازی زاویه هدف پس از گذشت ۲۰ دقیقه از اتمام سرمادهی (پس‌آزمون دوم) در روش‌های سرد کردن با اسپری و ده دقیقه سرمادهی با کیسه یخ به طور معنی‌داری بیش‌تر از حالت قبل سرمادهی یا پیش‌آزمون بود (به ترتیب:  $p = 0.042$  و  $p = 0.036$ ). درحالی‌که در روش به کار بردن ۳ دقیقه کیسه یخ با میزان اندازه‌گیری شده حس موقعیت مفصل زانو پیش از اجرای پروتکل سرمادهی یا پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار مقدار خطای مطلق بازسازی زاویه هدف در پس‌آزمون اول و دوم در هریک از سه روش سرمادهی

| روش سرمادهی                   | پیش‌آزمون       | پس‌آزمون اول    | پس‌آزمون دوم    |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| استفاده از کیسه یخ (۳ دقیقه)  | $2/58 \pm 1/75$ | $9/02 \pm 4/2$  | $7/07 \pm 3/57$ |
| استفاده از کیسه یخ (۱۰ دقیقه) | $2/58 \pm 1/75$ | $9/55 \pm 3/93$ | $7/04 \pm 2/4$  |
| اسپری سردکننده                | $2/58 \pm 1/75$ | $8/09 \pm 3/6$  | $6/8 \pm 3/5$   |

\* معنی‌داری پیش‌آزمون با پس‌آزمون اول در سطح  $p < 0.05$ ; ♦ معنی‌داری پیش‌آزمون با پس‌آزمون دوم در سطح  $p < 0.05$

## بحث

مقدار خطای مطلق بازسازی بلافاصله بعد از هر ۳ حالت سرمادهی به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از حالت قبل از سرمادهی یا پیش‌آزمون بود. همچنین در مقایسه اثر بلندمدت سرمادهی (۲۰ دقیقه پس از سرمادهی)، مقدار خطای بازسازی زاویه هدف در دو حالت سرمادهی با اسپری و ده دقیقه استفاده از کیسه یخ، به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از حالت قبل از سرمادهی بود؛ بنابراین، اثرات ناشی از سرمادهی با اسپری و سرمادهی بلندمدت یا ۲۰ دقیقه بعد برداشتن سرما از موضع زانو همچنان وجود داشت. به نظر می‌رسد که سرما سرعت هدایت پیام عصبی (حسی یا حرکتی) و فعالیت سیناپس اعصاب محیطی را تغییر داده و در نهایت منجر به ناتوانی عصب در هدایت پیام‌های عصبی شده است (۴).

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های Schmid و همکاران که اساساً وجود تفاوت‌های بلندمدت معنادار بعد از سرمادهی را گزارش دادند، مطابقت دارد (۱). همچنین، Hopper و همکاران گزارش کردند که ۱۵ دقیقه سرمادهی مفصل میچ با تأثیر منفی بر حس وضعیت این مفصل دارد (۵). نتایج تحقیقات Uchio و همکاران و Surenkok و همکاران نیز حاکی از بروز اختلال در دقت حس وضعیت مفصل زانو بعد از سرمادهی با پدهای خنک‌کننده و کیسه‌های سرما بود (۶، ۹). نتایج مطالعه حاضر با گزارش‌های ارائه‌شده این دسته از تحقیقات مطابقت دارد. به نظر می‌رسد که سرمادهی کوتاه مدت و بلند مدت (در این مطالعه: ۳ و ۱۰ دقیقه)

نه تنها بر گیرنده‌های پوستی تأثیر دارند؛ بلکه دوک‌های عضلانی و گیرنده‌های مفصلی (گیرنده‌های عمقی‌تر) را که نقش اصلی در حس وضعیت مفصل دارند، نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. در نتیجه، انواع روش‌های سرمادهی استفاده شده در مطالعه حاضر، میزان درک حس عمقی مفصل زانو را کاهش داده اند که احتمالاً این تغییر می‌تواند با اختلال در عملکرد حرکتی فرد همراه شده و خطر آسیب مجدد را افزایش دهد (۱۳). با توجه به این نتایج و فرضیه Avela و همکاران مبنی بر این که کاهش در حس عمقی می‌تواند منجر به تغییر در برنامه سیستم عصبی مرکزی و تغییر در الگوی حرکت شود (۱۳)، مطالعات آتی برای شناسایی سایر تغییرات متعاقب سرمادهی ضروری می‌باشد.

از طرفی، LaRiviere گزارش کرد که سرمادهی مفصل میچ با استفاده از یخ بر حس وضعیت این مفصل تأثیری ندارد (۱۴). به علاوه، Costello و Donnelly نشان دادند که ۳۰ دقیقه غوطه‌وری در دمای  $14^\circ$  تغییر معنی‌داری در میزان درک حس عمقی مفصل زانو ایجاد نمی‌کند (۱۵). همچنین، بیرانوند و همکاران کاهش معنی‌داری در دقت عملکرد حس عمقی مفصل میچ با پس از اعمال سرمای موضعی با اسپری به صورت کوتاه‌مدت مشاهده نکردند (۱۲). خان محمدی و همکاران نیز نشان دادند که غوطه‌وری ۱۵ دقیقه‌ای در دمای  $6^\circ$  درجه سانتی‌گراد به‌طور معنی‌داری حس وضعیت مفصل میچ را در موقعیت دورسی فلکشن و پلانتر فلکشن تغییر نمی‌دهد (۲۸). همچنین، Sharma و Noohu مشاهده

کردند که توانایی تشخیص وزن و دقت حس عمقی همسترینگ، پس از ماساژ یخ ۵ دقیقه‌ای روی تاندون همسترینگ هیچ تغییر معنی داری پیدا نکرد (۲۹). به علاوه، افتخاری و همکاران نشان دادند که میزان درک حس عمقی مفصل زانو (به صورت فعال و غیرفعال و در زوایای مختلف ۳۰، ۴۵ و ۶۰ درجه) متعاقب ۲۰ دقیقه سرمادهی در زنان تمرین کرده تغییری نکرد (۳۰). احتمالاً علت تفاوت در نتایج مطالعه حاضر با مطالعه آن‌ها، به روش اجرای آزمون درک حس عمقی باشد. آنان از دستگاه ایزوکتینیک در حالت نشسته با ماهیت زنجیره حرکتی باز استفاده کردند (۳۱، ۳۲) درحالی که در تحقیق حاضر از دستگاه گونیامتر الکتریکی در حالت ایستاده با ماهیت زنجیره حرکتی بسته استفاده شد. از دیگر دلایل تفاوت می توان به جامعه آماری متفاوت افراد تمرین کرده در مقابل افراد سالم (۳۳) و همچنین زنان در مقابل مردان (۳۴) اشاره کرد. البته در مطالعه افتخاری و همکاران، اثرات سرمادهی کوتاه مدت که در محیط ورزشی و هنگام بروز مشکل که نیازمند استفاده از سرما به شکل فوری و بازگشت ورزشکار به صحنه رقابت است، موردتوجه قرار نگرفته، ولی مطالعه حاضر ارزیابی اثر فوری سرمادهی را نیز موردتوجه قرار داد؛ زیرا مشخص کردن ابعاد مختلف تأثیر فوری سرمادهی به شکلی که در رقابتهای ورزشی مورد نظر است، می تواند نتایجی کاربردی تر به دست دهد.

برای توجیه تناقضات موجود در نتایج مطالعات پیشین، ابتدا باید این نکته را در نظر گرفت که سازوکار عملکرد حس عمقی در فواصل مختلف (مچ پا، زانو، شانه) متفاوت بوده و نتایج به دست آمده از هر مفصل قابل تعمیم دادن به دیگر فواصل نیست (۱۲، ۲۹). به علاوه، پروتکل های سرمادهی استفاده شده در تحقیقات متعدد نیز با هم تفاوت های اساسی داشته اند که امکان مقایسه مستقیم نتایج را محدود می کند. برای مثال، پروتکل سرمادهی (غوطه وری در آب) استفاده شده در تحقیق Costello و Donnelly در محیط ورزشی کاربردی نیست و بنابراین با پروتکل مطالعه حاضر تفاوت های اساسی دارد. در این زمینه، استفاده از عوامل سردکننده متفاوت با زمان های اعمال مختلف می تواند از دلایل ایجاد این تناقضات باشد؛

زیرا هنگامی که دمای بافت کاهش می یابد، سرعت هدایت پیام های عصبی بسته به درجه و مدت زمان تغییر درجه حرارت کاهش خواهد یافت (البته این امر در تارهای عصبی با قطر مختلف یکسان نیست) (۱۲). از طرفی، از آن جا که هر مدالیت سرمایی تغییرات دمایی خاصی ایجاد می کند، متفاوت بودن دمای مداخله سرمایی نیز می تواند بر نتایج تحقیق اثر بگذارد؛ به طوری که بسته یخ خردشده سریع ترین اثر را بر کاهش دمای بافت نرم (در مقایسه با هر محصول دیگر) دارد (۲۳). در این زمینه، Uchio و Eftekhari بیان کردند که به منظور شناسایی اثرات سرما، لازم است تغییرات دمایی ناحیه در معرض سرمادهی بررسی شود (۶، ۲۸)؛ بنابراین، عدم کنترل تغییرات دمایی ناحیه در معرض سرمادهی یکی از محدودیت های این تحقیق بود.

### نتیجه گیری نهایی

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هر دو روش سرمادهی با استفاده از کیسه یخ و اسپری سبب افزایش خطای بازسازی زاویه هدف مفصل زانو در دو بازه زمانی (بلافاصله و ۲۰ دقیقه پس از اتمام سرمادهی) شده است. این یافته ها بیانگر اثرات منفی فوری و بلندمدت سرمادهی بر میزان درک حس عمقی مفصل زانو است. از آنجا که کاهش حس عمقی می تواند منجر به بروز کاهش ثبات مکانیکی و در نتیجه افزایش احتمال آسیب مفصل شود، لازم است که استفاده از انواع مختلف سرمادهی در مواجهه با صدمات ورزشی با احتیاط انجام گیرد. با این حال، در این زمینه تحقیقات بیش تری برای ارائه نتایج عینی و دقیق تر لازم است.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد بیومکانیک ورزشی مصوب دانشگاه بوعلی سینا با کد تصویب ۲۲۹۱۰۳ است. از کلیه آزمودنی هایی که در انجام این پایان نامه با ما همکاری نمودند، سپاسگزاریم.

### References

- Schmid S, Moffat M, Gutierrez GM. Effect of knee joint cooling on the electromyographic activity of lower extremity muscles during a plyometric exercise. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. 2010;20(6):1075-1081.
- Enwemeka CS, Allen C, Avila P, et al. Soft tissue thermodynamics before, during, and after cold pack therapy. *Medicine Science Sports Exercise*. 2002; 34(1): 45-50.
- Schmikli SL, De Vries WR, Inklaar H, Backx FJ. Injury prevention target groups in

soccer: injury characteristics and incidence rates in male junior and senior players. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2011;14(3):199-203.

4. Algafly A, George K. The effect of cryotherapy on nerve conduction velocity, pain threshold and pain tolerance. *British Journal of Sports Medicine*. 2007; 41(6): 365-369.

5. Hopper D, Whittington D, Davies J. Does ice immersion influence ankle joint position sense? *Physiotherapy Research International*. 1997; 2(4): 223-236.

6. Uchio Y, Ochi M, Fujihara A, et al. Cryotherapy influences joint laxity and position sense of the healthy knee joint. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2003; 84(1): 131-135.

7. Grey MJ, Ladouceur M, Andersen JB, et al. Group II muscle afferents probably contribute to the medium latency soleus stretch reflex during walking in humans. *The Journal of Physiology*. 2001; 534(3): 925-933.

8. Fischer J, Van Lunen BL, Branch JD, et al. Functional performance following an ice bag application to the hamstrings. *The Journal of Strength and Conditioning Research*. 2009; 23(1): 44-50.

9. Surenkok O, Aytar A, Tuzun E, et al. Cryotherapy impairs knee joint position sense and balance. *Isokinetics and Exercise Science*. 2008; 16(1):69-73.

10. Cordo P, Carlton L, Bevan L, et al. Proprioceptive coordination of movement sequences: role of velocity and position information. *Journal of Neurophysiology*. 1994; 71(5): 1848-1861.

11. Mirbagheri M, Barbeau H, Kearney R. Intrinsic and reflex contributions to human ankle stiffness: variation with activation level and position. *Experimental Brain Research*. 2000; 135(4):423-436.

12. Beyranvand R, Seidi F, Rajabi R, et al. The immediate effect of short-term use of cold spray on ankle joint position sense in healthy individuals. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2013; 9(5): 889-898. (In Persian)

13. Avela J, Komi P, Santos P. Effects of differently induced stretch loads on neuromuscular control in drop jump exercise. *European Journal of Applied Physiology*. 1996; 72(5): 553-562.

14. LaRiviere J, Osternig L. The effect of ice immersion on joint position sense. *JSR*. 2010;3(1): 58-67.

15. Costello J, Donnelly A. Effects of cold water immersion on knee joint position sense in healthy volunteers. *Journal of Sports Sciences*. 2011; 29(5): 449-456.

16. Hopkins J, Stencil R. Ankle cryotherapy facilitates soleus function. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2002; 32(12): 622-627.

17. Pietrosimone B, Hart J, Ingersoll C. Effects of focal knee joint cooling on spectral properties of rectus femoris and vastus lateralis electromyography. *Athletic Training & Sports Health Care*. 2009; 1(4):154-161.

18. Atnip B, McCrory J. The effect of cryotherapy on three dimensional ankle kinematics during a sidestep cutting maneuver. *J Sports Sci Med*. 2004 Jun; 3(2): 83-90.

19. Bleakley C, Costello J, Glasgow P. Should Athletes Return to Sport After Applying Ice? *Sports Medicine*. 2012; 42(1): 69-87.



20. Fischer J, Van Lunen BL, Branch JD, et al. Functional performance following an ice bag application to the hamstrings. *The Journal of Strength and Conditioning Research*. 2009; 23(1): 44-50.
21. Oliveira R, Ribeiro F, Oliveira J. Cryotherapy impairs knee joint position sense. *Int J Sports Med*. 2010;31(3):198-201.
22. Hoffman M, Schrader J, Applegate T, et al. Unilateral postural control of the functionally dominant and nondominant extremities of healthy subjects. *Journal of Athletic Training*. 1998; 33(4): 319-22.
23. Swenson C, Sward L, Karlsson J. Cryotherapy in sports medicine. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 1996; 6(4): 193-200.
24. Felson DT, Gross KD, Nevitt MC, et al. The effects of impaired joint position sense on the development and progression of pain and structural damage in knee osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism*. 2009; 61(8): 1070-1076.
25. Kooroshfard N, Alizadeh MH, Kahrizi S. The effect of patellar taping on knee joint position sense in healthy and patellofemoral pain syndrome futsalists women. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2011; 17(2): 29-39. (In Persian)
26. Shafipour A, Shojaedin S. The comparison of knee joint position sense in soccer player, volleyball player and non-athlete men. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2014; 16(3): 33-42. (In Persian)
27. Fouladi R, Rajabi R, Naseri N. The comparison of two functional movement assessment knee joint proprioception in healthy athletes' females. *Journal of Sport Medicine*. 2009; 1(1): 123-257. (In Persian)
28. Khanmohammadi R, Someh M, Ghafarinejad F. The Effect of Cryotherapy on the Normal Ankle Joint Position Sense. *Asian Journal of Sports Medicine*. 2011; 2(2): 91-98.
29. Sharma G, Noohu MM. Effect of Ice Massage on Lower Extremity Functional Performance and Weight Discrimination Ability in Collegiate Footballers. *Asian Journal of Sports Medicine*. 2014; 5(3): 1-5.
30. Eftekhari F, Sadeghi H, Rajabi H, et al. The effect of local cooling on knee joint position sense in healthy trained young females. *International Journal of Sport Studies*. 2015; 5(6): 700-707.
31. Kiran D, Carlson M, Medrano D, et al. Correlation of three different knee joint position sense measures. *Physical Therapy in Sport*. 2010; 11(3): 81-85.
32. Herrington L. Knee-Joint Position Sense: The Relationship Between Open and Closed Kinetic Chain Tests. *Journal of Sport Rehabilitation*. 2005; 14: 356-362.
33. Pánics G, Tállay A, Pavlik A, et al. Effect of proprioception training on knee joint position sense in female team handball players. *British Journal of Sports Medicine*. 2008; 42: 472-476.
34. Vafadar AK, Côté JN, Archambault PS. Sex differences in the shoulder joint position sense acuity: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2015; 16(273): 1-7.